



Bronquio traqueal

Gaspar Alberto Motta-Ramírez,* Erika Alonso-Blancas,† José Daniel Ruiz-Arteaga,‡
 Víctor Aguilar-Gordillo,‡ Heber Trinidad Alonso-Que†

Caso 1: Paciente masculino de 60 años de edad, que acude con una evolución de 1 mes caracterizada por ataque al estado general, tos, sibilancias y dificultad respiratoria.

Se le realiza estudio radiológico de tórax que demuestra hiperaereación compensatoria pulmonar izquierda, patrón radiológico derecho caracterizado por radioopacidad basal derecha sugerente de atelectasia del lóbulo superior derecho así como apical ipsolateral. Además se aprecia gracias al efecto del signo de silueta a la variante anatómica que

nos ocupa, al bronquio traqueal (*Figuras 1 a y con ampliación segmentaria, b*).

Caso 2: Paciente masculino de 72 años de edad, al que se le realiza estudio de TC toracoabdominopélvica para búsqueda de primario indeterminado en el que se demuestra en imágenes del topograma (*Figura 2 a*), con importante rotoescoliosis que modifica la arquitectura del contenido torácico y por lo tanto su demostración por imagen; con imágenes axiales, coronales y en 3D, fase arterial, botón aórtico

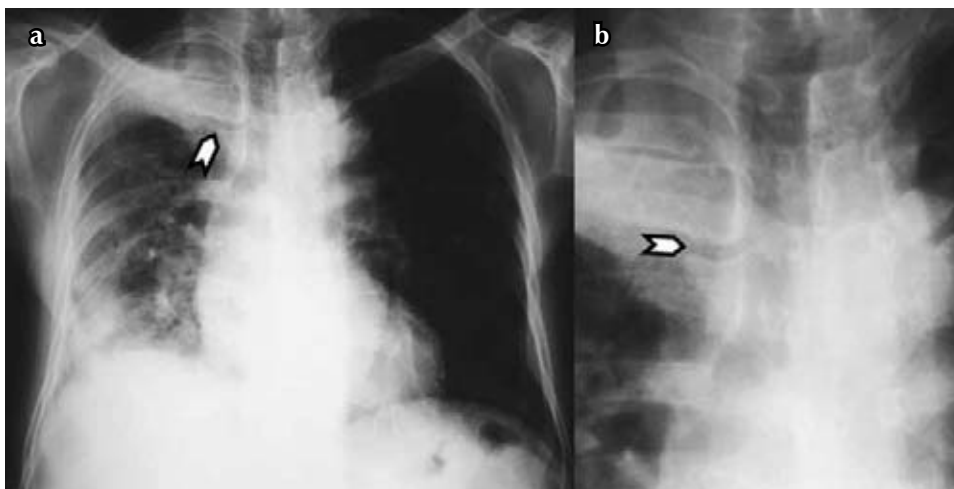


Figura 1.

* Radiólogo.

† Radiólogo del Curso de Postgrado de Imagen Seccional.

Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen. Hospital Ángeles Pedregal. Camino a Santa Teresa 1055 Col. Héroes de Padierna 10700 México, D.F. Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 22-12-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

derecho (Flecha, Figuras 2 c y e), así como la identificación del bronquial traqueal (Cabeza de flecha, Figuras 2 b y d).

BRONQUIO TRAQEAL

La descripción de la anatomía bronquial realizada por destacados autores, aunque puede ser distinta en aspectos semánticos, mantiene constante las coincidencias esenciales por estar basadas en los planos espaciales más que en relaciones anatómicas o en segmentos corporales. Esto ha favorecido criterios uniformes en la localización de lesiones o alteraciones en la mayoría de las descripciones de la exploración broncoscópica en todo el mundo.

Es esencial conocer la orientación, dimensiones y número de los distintos segmentos anatómicos normales para la descripción tomográfica y broncoscópica correcta, lo que resulta de gran importancia en todas las patologías susceptibles de resección, pues la ubicación precisa de la lesión puede normar los términos de la terapéutica, de tal manera que todas las variantes anatómicas requieren de identificación.¹

El bronquio traqueal es una anomalía congénita con incidencia de aproximadamente 2% en la población y cuyo diagnóstico habitual es incidental. Se caracteriza por la emergencia del bronquio para el lóbulo superior derecho directamente desde la tráquea, próximo a la

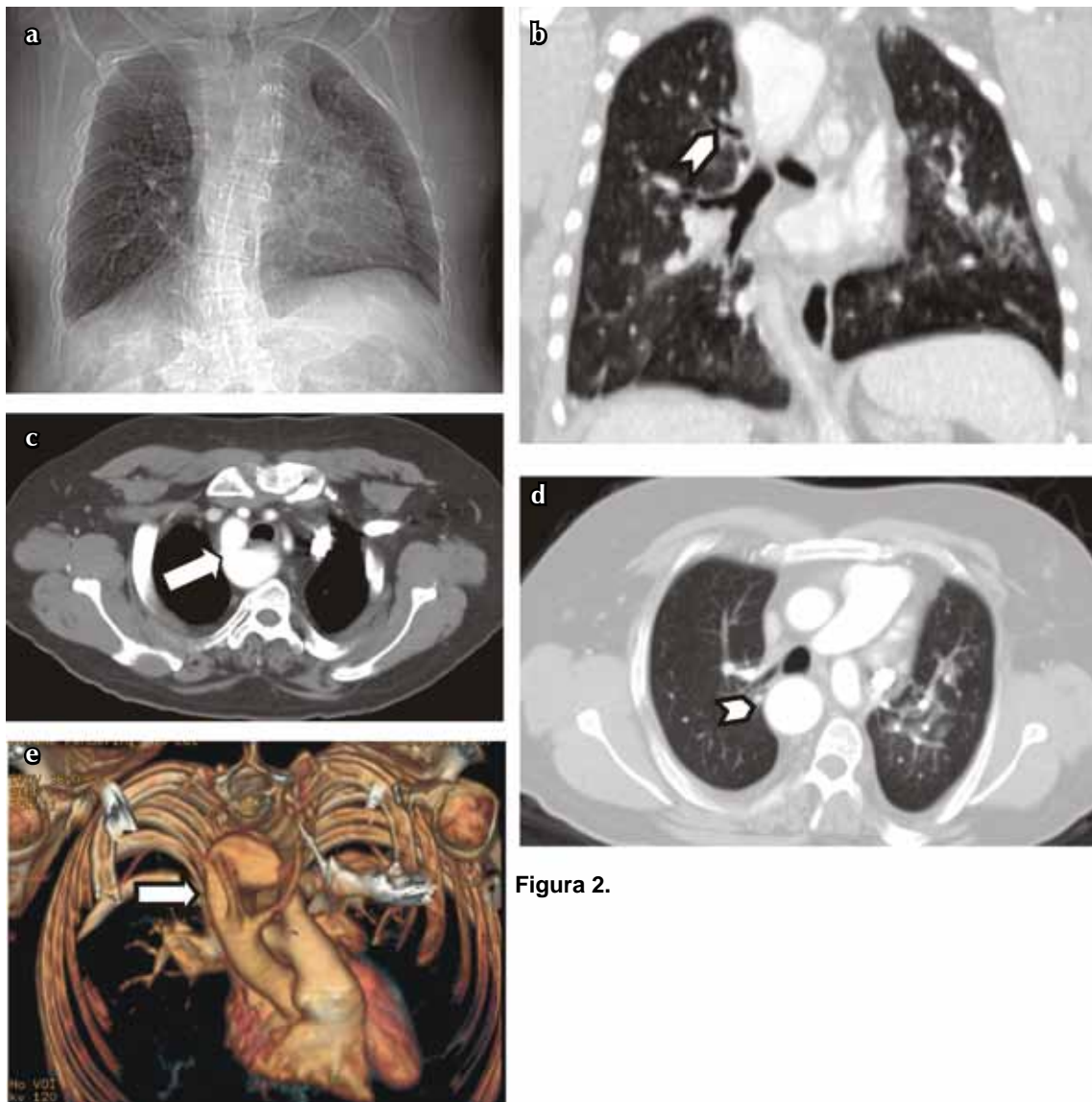


Figura 2.

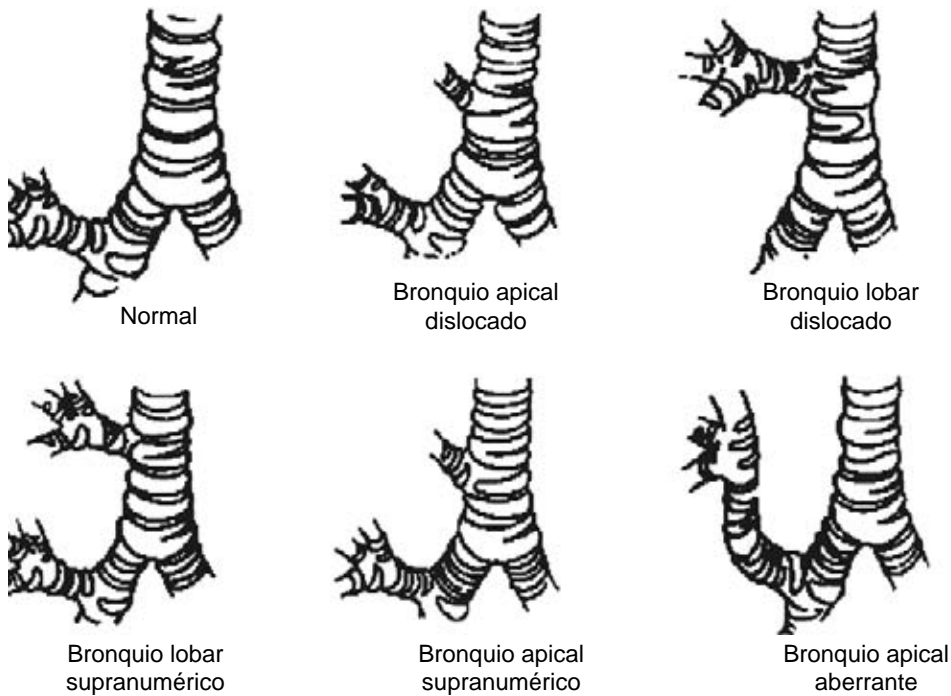


Figura 3. Estándares de bronquio traqueal a la derecha.

carina. El bronquio traqueal debe ser incluido entre los diagnósticos diferenciales en atelectasia del lóbulo superior derecho.

El diagnóstico generalmente es incidental y se hace por broncografía, broncoscopia o TC de tórax. Esta anomalía no está habitualmente asociada a otras anomalías congénitas, pero existen relatos de asociación con hipoplasia traqueal, estenosis traqueal, enfisema lobular, lesiones pulmonares quísticas, anomalías cardiovasculares, otras anomalías del árbol traqueobronquial y con el síndrome de Down.

La presencia de hipoplasia o fusión del primero y el segundo arco costal, de costillas lumbares bilaterales y de otras anomalías vertebrales aumenta la sospecha de bronquio traqueal o fístula traqueoesofágica.

El bronquio traqueal también es conocido en la literatura como bronquio de cerdo, una vez que los cerdos presentan naturalmente bronquio traqueal.

El bronquio traqueal puede presentarse bajo diversos estándares anatómicos. La figura 3 presenta los estándares de bronquio traqueal a la derecha.²

La anomalía habitualmente es asintomática, pero puede estar acompañada de pulmonías lobulares o atelectasias de repetición en el lóbulo superior derecho. Frecuentemente no posee significación clínica, sin embargo puede ser causa de patología respiratoria como neumonía recurrente en el lóbulo superior derecho, bronquiectasias o bronquitis crónica debido a un drenaje ineficaz de secreciones bronquiales y se ha descrito como causa de neumotórax por sobredistensión tras la intubación y de colapso lobar debido a su obstrucción por el tubo endotraqueal.

REFERENCIAS

1. Lazcano-Hernández E, Guerrero-Mariles ES, Velázquez-Serratos JR, Juárez-Hernández E, Silva-Alvarado M, Flores-Hernández SS, Núñez Pérez-Redondo C. Variantes bronquiales anatómicas raras. Comunicación de tres casos. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2007; 20(2): 119-125.
2. Barat M, Konrad HR. Tracheal bronchus. *Am J Otolaryngol* 1987; 8: 118-122.
3. Wu JW, White CS, Meyer CA, Haramati LB, Mason AC. Variant bronchial anatomy: CT appearance and classification. *AJR* 1999; 172: 741-744.